

## Patient/in

(Bitte Vor- und Rückseite ausfüllen)

 Koordinationsstelle / Medizinisches Ambulatorium  
 Krankenhausstrasse 12 • CH-3600 Thun  
 Tel Sekr/Empfang: +41 (0)33 226 24 90  
 Fax Sekr/Empfang: +41 (0)33 226 24 61  
 adimet@spitalstsag.ch  
 www.spitalstsag.ch

### Anmeldung

- ADiMet Fachgruppe / Stoffwechsel, Diabetes, Ernährung und Adipositas**
- zum Thuner Diabetes Programm (ambulante, kassenpflichtige Rehabilitation)**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>PLZ:</b>	<b>Wohnort:</b>
<b>Tel. 1:</b>	<b>Tel. 2 (Mobile):</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>(frühere) Berufstätigkeit:</b>	<b>Pensum/pensioniert seit:</b>	<b>Angehörige/Tel.:</b>
<b>Krankenkassen/Versicherungsklasse:</b>	<b>Policen Nr.:</b>	<b>Körpergrösse/Gewicht:</b>
<b>Hausärztin/Hausarzt:</b>	<b>Praxis in:</b>	<b>Ich habe Diabetes seit:</b>

**Ich bin bei einem Endokrinologen (Diabetes-Spezialist) in Betreuung:**

Name:

Letzte Konsultation fand statt am:

- Die Behandlung ist abgeschlossen / es sind keine weiteren Termine geplant.

**Ich bin bei einem Kardiologen (Herz-Spezialist) in Betreuung:**

Name:

Letzte Konsultation fand statt am:

- Die Behandlung ist abgeschlossen / es sind keine weiteren Termine geplant.

**Frühere Ernährungsberatung (Jahr, Ort, Erfahrung)**

**Frühere Diabetesberatung (Jahr, Ort, Erfahrung)**

**Aktuelle regelmässige körperliche Aktivität:**

- Ich betreibe keine regelmässigen, sportlichen Freizeit-Aktivitäten
- Ich bin recht sportlich und trainiere mehrmals wöchentlich
- Ich besitze eigene Nordic Walking Stöcke
- Ich bin in der Lage, 1 Stunde am Stück zu marschieren  
Nach            Minuten benötige ich eine Pause
- Folgende Beschwerden schränken mich in der Ausübung körperlicher Aktivitäten ein:

**So wurde ich auf Ihr Angebot aufmerksam:**

- Diabetesberater/in    Ernährungsberater/in    Hausärztin/Hausarzt    andere Arzt/Ärztin
- Spital    Publikation in Zeitung/Zeitschrift    Publikation im Internet
- öffentliche Informationsveranstaltung    andere:

Ich habe mich bereits mit meiner/m Hausärztin/Hausarzt besprochen. Sie/Er unterstützt mein Vorhaben.

**Meine Motivation, Hauptanliegen und Ziele:**

-  
-  
-

**Gewichtsentwicklung**

über die letzten 10 Jahre:

im Speziellen innerhalb des letzten Jahres:

mögliche Gründe dafür:

**Tabakkonsum**

Wie viel, seit wie vielen Jahren, respektive gestoppt seit:

Besten Dank!

Datum:

Unterschrift: